

Efetividade das intervenções educativas para a alta hospitalar: protocolo de revisão sistemática

Effectiveness of educational interventions for hospital discharge: systematic review protocol

Efectividad de las intervenciones educativas para el alta hospitalaria: protocolo de revisión sistemática

Ariane Sabina Stieven¹, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad², Tatiana da Silva Melo Malaquias³

Como citar esse artigo. Stieven AS. Haddad MCFL. Malaquias TSM. Efetividade das intervenções educativas para a alta hospitalar: protocolo de revisão sistemática. Rev Pró-UniversSUS. 2024; 15(3):171-175.

Resumo

Objetivo: identificar as evidências científicas da efetividade das intervenções educativas para a alta hospitalar na redução das readmissões de pessoas maiores de 18 anos em instituições hospitalares públicas e privadas. Método: revisão sistemática da literatura, com inclusão de estudos de observação que avaliem intervenções educativas para a alta hospitalar na redução das readmissões. A pesquisa será abrangente em base de dados, em todas as línguas e delimitação temporal. As descrições metodológicas de revisão sistemática serão seguidas em sua totalidade. Busca-se encontrar estudos com resultados que demonstrem efetividade das intervenções educativas para a alta hospitalar na redução das readmissões de pessoas maiores de 18 anos em instituições hospitalares. Este estudo encontra-se registrado na Plataforma Internacional Prospective Register of Systematic Reviews sob protocolo número CRD42023453168 e encontra-se em andamento.

Palavras-chave: Alta do Paciente; Revisão Sistemática; Educação em Saúde; Fluxo de Trabalho; Readmissão do Paciente.



Abstract

Objective: to identify scientific evidence of the effectiveness of educational interventions for hospital discharge in reducing readmissions of people over 18 years of age in public and private hospital institutions. Method: systematic review of the literature, including observational studies that evaluate educational interventions for hospital discharge in reducing readmissions. The research will be comprehensive in database, in all languages and temporal delimitation. The systematic review methodological descriptions will be followed in their entirety. We seek to find studies with results that demonstrate the effectiveness of educational interventions for hospital discharge in reducing readmissions of people over 18 years of age in hospital institutions. This study is registered on the International Prospective Register of Systematic Reviews Platform under protocol number CRD42023453168 and is ongoing.

Key words: Patient Discharge; Systematic review; Health education; Workflow; Patient Readmission.

Resumen

Objetivo: identificar evidencia científica de la efectividad de las intervenciones educativas para el alta hospitalaria en la reducción de los reingresos de personas mayores de 18 años en instituciones hospitalarias públicas y privadas. Método: revisión sistemática de la literatura, incluyendo estudios observacionales que evalúan intervenciones educativas para el alta hospitalaria en la reducción de reingresos. La investigación será integral en base de datos, en todos los idiomas y delimitación temporal. Se seguirán en su totalidad las descripciones metodológicas de la revisión sistemática. Buscamos encontrar estudios con resultados que demuestren la efectividad de las intervenciones educativas para el alta hospitalaria en la reducción de los reingresos de personas mayores de 18 años en instituciones hospitalarias. Este estudio está registrado en la Plataforma de Registro Prospectivo Internacional de Revisiones Sistemáticas con el número de protocolo CRD42023453168 y está en curso.

Palabras clave: Alta del Paciente; Revisión sistemática; Educación para la salud; Flujo de trabajo; Readmisión del paciente.

Afiliação dos autores:

¹Discente do Curso de Doutorado em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: ariane.stieven@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8082-9067>

²Docente do Curso de Doutorado em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: carmohaddad@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7564-8563>

³Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Centro Oeste, Guarapuava, Paraná, Brasil. E-mail: tatiangel@yahoo.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5541-441X>

* E-mail de correspondência: ariane.stieven@gmail.com

Recebido em: 24/01/24 Aceito em: 14/08/24

Introdução

O Brasil há mais de 30 anos conta com um sistema de saúde público denominado Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema, de acordo com a Lei nº 8.080/1990 oferece serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, a partir da condição de que a saúde é um direito fundamental de todos os seres humanos e o Estado o seu provedor, a fim de garantir condições para seu exercício pleno¹.

Com a finalidade de garantir os serviços de saúde para a população brasileira, a Lei Complementar 141/2012 estabelece valores mínimos de financiamento a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. O valor a ser aplicado pela União é de no mínimo 15% da arrecadação anual, Estados e Distrito Federal (DF) no mínimo 12% e Municípios no mínimo 15% do valor arrecadado dos impostos².

Em 2020, ano em que o SUS completou 30 anos, o Ministério da Saúde publicou uma coletânea denominada “Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional”, termo considerado importante para a saúde brasileira em sua fase adulta. Esta coletânea frisa a importância de trabalho em rede, de educação em saúde, das práticas integrativas e reflete sobre uma prática multidisciplinar e a importância da gestão³.

O termo “desospitalização” teve origem na década de 1970 na área da saúde mental com a reforma psiquiátrica, e consolidou-se no século 21. Este termo era desconhecido pelos gestores das instituições hospitalares, até que se percebeu a necessidade de prover um melhor destino aos usuários desses serviços de saúde, otimizar a gestão dos leitos hospitalares e evitar a reinternação desnecessária. A desospitalização passa por uma construção de integração da cultura, saúde e cidadania do usuário, organizada de forma coordenada em rede, integrada e multidisciplinar, passando dos cuidados desde a admissão no hospital e encerrando nos cuidados de fim de vida³.

O Brasil conta atualmente com 448.317 leitos de internação, deles 309.702 são leitos SUS, e 138.615 leitos não SUS⁴ para uma população de 213.317.639 habitantes⁵.

O número de leitos necessários em um país depende de fatores como os padrões de doenças que acometem a população, disponibilidade

de cuidados alternativos, distribuição de leitos e taxas de ocupação. O quantitativo de leitos hospitalares abaixo de 18 por 10.000 habitantes pode ser considerada um indicativo de restrições no acesso a cuidados de internação secundários e terciários. Atualmente, alguns países parecem ter disponibilidade excessiva de leitos hospitalares, enquanto outros não têm a disponibilidades de leitos mínima. Em 2020, diversos países da África, Sudeste Asiático e Américas, dentre eles o Brasil, tinham uma disponibilidade de leitos hospitalar inferior ao limite, enquanto na maioria dos países das regiões da Europa e do Pacífico Ocidental a disponibilidade de leitos era de pelo menos quatro vezes maior do que o limite⁶.

Frente a esta realidade, faz-se necessário a gestão de leitos, trabalho complexo que envolve toda a instituição hospitalar, das unidades de apoio operacional até o cuidado direto ao paciente⁷, além de ações para evitar que os indivíduos tenham uma alta segura e não necessitem de reinternação.

Uma reinternação não planejada ou inesperada ocorre quando um paciente recebe alta do hospital e é internado novamente no mesmo hospital dentro de um determinado intervalo de tempo e o motivo da readmissão é uma consequência inesperada da última internação. A redução das readmissões hospitalares evitáveis melhora a segurança do paciente, os resultados de saúde e leva a uma maior eficiência no sistema de saúde⁸.

A Agência Nacional da Saúde (ANS) utiliza o indicador de reinternação como um dos indicadores de qualidade considerado na avaliação e cálculo para a realização de contratualizações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço. O indicador de Readmissão Hospitalar é calculado pela taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 30 dias após a última vez que deixaram a instituição hospitalar após a primeira admissão. Este indicador possibilita a avaliação da capacidade do prestador de serviço em fornecer uma assistência de recuperação da forma mais eficaz possível⁹.

Para melhorar a assistência, algumas estratégias de transição do cuidado durante a alta hospitalar são realizadas, as mais comumente utilizadas por enfermeiros são educação em saúde, telemonitoramento, reconciliação medicamentosa, planejamento de alta, contrarreferência e visita domiciliar. Essas estratégias são essenciais na transição do cuidado, uma vez que integram usuários, família e prestadores de serviços¹⁰.

Em relação à educação em saúde, quando é desenvolvido o empoderamento do paciente, lhe é permitido também o conhecimento de si mesmo e daquilo que o cerca, permitindo-o desenvolver atividades de mudanças no ambiente e na sua própria conduta¹¹. Ações educativas realizadas com pacientes são investimentos que proporcionam conhecimentos, aquisição e aprimoramento de atitudes e habilidades, ações que propiciam a democratização de informações relevantes sobre a assistência à saúde auxiliam na melhoria da qualidade dos serviços de saúde e permite uma assistência concomitante aos parâmetros que minimizem riscos e atendam as reais necessidades dos pacientes¹².

Considerando as reflexões acima mencionadas esta revisão sistemática tem como objetivo identificar as evidências científica da efetividade das intervenções educativas para a alta hospitalar na redução das readmissões de pessoas maiores de 18 anos em instituições públicas e privadas.

Assim, esta revisão tem como questão de pesquisa: qual a efetividade das intervenções educativas para alta hospitalar na redução das readmissões de pessoas maiores de 18 anos em instituições públicas e privadas?

Metodologia

Elegibilidade

Este protocolo é norteado pelos preceitos do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols* (PRISMA-P) recomendações do manual do *Joanna Briggs Institute* (JBI) para revisões sistemáticas de efetividade. Os critérios de inclusão e exclusão foram elaborados baseados na questão de pesquisa e utilizou-se o mnemônico PICO para elencar as variáveis de estudo, onde se a P=População, I=Intervenção, C=Comparador e D=Desfecho¹³.

Deste modo, esta revisão incluirá estudos experimentais ou quase experimentais, que abordaram intervenções educativas para alta hospitalar com finalidade de redução das readmissões de pessoas maiores de 18 anos, com livre acesso e sem restrições de idioma. Serão selecionados estudos que tenham como População (P), indivíduos maiores de 18 anos, que receberam alta hospitalar, seja em instituições públicas ou privadas. Como Intervenção (I) serão incluídas as estratégias educativas realizadas para alta de indivíduos maiores de 18 anos e o Comparador (C) outras estratégias que não sejam educativas ou ausência de estratégias para a alta hospitalar de indivíduos

maiores de 18 anos, e o Desfecho (O) a redução das readmissões hospitalares.

Serão excluídos, 1) estudos secundários; 2) estudos em que a população alvo não sejam pessoas maiores de 18 anos em internações hospitalares e que receberam intervenções educativas para a alta; 3) artigos com dados incompletos; 4) estudos sem grupo controle, cartas, opiniões pessoais 5) estudos qualitativos; 6) artigos não encontrados.

Estratégias de buscas

As estratégias de busca desta pesquisa têm como objetivos encontrar estudos experimentais e quase experimentais, em todos os idiomas, com textos completos e acesso livre, nas bases de dados eletrônicas: *Pubmed*, *Scopus*, *Excerpta Medica dataBASE* (EMBASE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Web of Science (WoS)*, *Scopus*, *Base de Datos Bibliográfica sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica* (CUIDEN), *Base de dados de Enfermagem* (BDENF), *ProQuest*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Education Resources Information Center* (ERIC).

Além disso, serão realizadas buscas no *Scholar Google* e lidos os primeiros 100 estudos encontrados. Também serão consultados experts no assunto e verificadas as listas de referências dos estudos incluídos na revisão.

Para as buscas, haverá apoio de uma bibliotecária e serão utilizados os descritores padronizados identificados na biblioteca de Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH). Uma estratégia será montada para a *Pubmed* e adaptada para as outras bases de dados. Entre os termos a serem utilizados, estão: “*Patient Discharge*”, “*Patient Discharge Summaries*”, “*Health Education*”, “*Organizational Innovation*”, “*Change, Organizational*”, “*Patient Readmission*”, *Rehospitalization*, “*Unplanned Readmission*”, “*Hospital Readmission, Unplanned*” e “*Readmissions, Hospital*”, “*Health promotion*”, “*Patient education*”, “*Educational interventions*”, entre outros, combinados com os operadores booleanos “AND” e “OR”.

Seleção dos estudos

A seleção dos estudos ocorrerá em duas etapas. Na primeira, dois revisores independentes lerão todos os títulos e resumos encontrados nas bases de dados eletrônicos. Na segunda fase, os dois revisores lerão e avaliarão os estudos por completo para que seja possível confirmar a elegibilidade. Em caso de discordância em qualquer fase, um terceiro revisor será incluído para resolver a questão.

Para organizar os estudos selecionados, serão

utilizados os *softwares* de gerenciamento de referências *Endnote Web* e *Rayyan* para coletar, armazenar e estruturar referências e excluir estudos duplicados.

Extração de dados

A obtenção dos dados será realizada a partir de dois revisores independentes, por meio de aplicação de um formulário próprio dos autores, plotado em *Excel*. Serão extraídas informações detalhadas sobre os estudos dos artigos selecionados, tomando como base a estrutura do artigo, com título, autoria, localidade, nome e ano de publicação do periódico, metodologia aplicada, objetivos, desenho e tamanho amostral, além das características dos amostrados, como gênero, idade, raça, etnia; tipo de internação do indivíduo; tipo de intervenção e principais resultados.

Discordâncias sobre os dados extraídos serão resolvidas por consenso, e um terceiro revisor será consultado se houver divergência persistente. Em caso de dados ausentes será contatado o autor do estudo para obtenção de informações adicionais.

Análise e síntese dos dados

Para os dados qualitativos, ocorrerá uma síntese narrativa, baseada nos preceitos do *checklist* PRISMA e manual do JBI para revisões sistemáticas de efetividade.

Os dados quantitativos serão analisados por meio da estatística descritiva e se houver similaridade em pelo menos dois estudos, procederá a metanálise, utilizando *softwares* estatísticos.

O modelo considerado será o modelo de efeitos aleatórios. Para os dados dicotômicos, serão considerados o *Risk Ratio* (RR), *Odds Ratio* (OR) e/ou diferença de risco e para dados contínuos será considerada a diferença média, com Intervalo de Confiança (IC) de 95% e $p < 0,005$.

Os testes estatísticos empregados para avaliar a heterogeneidade serão: qui-quadrado (X²), Tau² e I² e intervalo de predição, e plotados em gráfico de floresta (*forest plot*). Caso seja necessário, poderá ser realizada a análise de sensibilidade, análise de subgrupos e metarregressão para avaliar heterogeneidade.

Risco de viés e avaliação da qualidade metodológica

A avaliação do risco de viés e qualidade metodológica dos estudos incluídos será realizada por dois revisores independentes, de cada estudo individualmente, utilizando os instrumentos padronizados indicados para os desenhos de estudo. Para os ensaios clínicos randomizados, será feito a

avaliação com o apoio da ferramenta *risk-of-bias tool for randomized trials 2* (RoB 2)¹⁴, para os estudos não experimentais não randomizados, será utilizada o instrumento *Risk Of Bias In Non-randomised Studies - of Interventions I* (ROBINS-I)¹⁵.

Evidência da qualidade

A qualidade da evidência e a da classificação das recomendações serão avaliadas por Graus de Recomendação, Análise, Desenvolvimento e Avaliação (GRADE) com o auxílio do *software* GRADEpro¹⁶⁻¹⁷. Os critérios utilizados para esta avaliação serão o risco de viés, inconsistência dos resultados, direção das evidências, imprecisão dos resultados, imprecisão das diretrizes, viés de publicação e outros fatores como recomendado¹⁶⁻¹⁷.

A qualidade da evidência será caracterizada como alta (alta confiabilidade e relação entre efeito verdadeiro e estimado), moderada (estimativa de confiança moderada no efeito), baixa (estimativa de confiança é limitada quanto ao efeito) ou muito baixa (o efeito apresenta confiança e estimativa muito limitada)¹⁶⁻¹⁷.

Preceitos éticos

Por ser um estudo secundário, que utilizará dados públicos, não necessita aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Registro e divulgação

Este protocolo foi registrado na Plataforma *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO), sob o nº CRD42023453168.

A divulgação dos resultados obtidos nesta revisão será realizada por meio de publicações em periódicos revisados por pares, apresentações em conferências nacionais e internacionais.

Alterações do protocolo

Caso houver necessidade de alteração deste protocolo, a data de cada alteração e o motivo da alteração serão descritos.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse de nenhuma natureza.

Referências

1. Brasil. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1990 [citado 2023 jun 25]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
2. Brasil. Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2012 [citado 2023 jun 25]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm#art47
3. Brasil. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2023 jun 25]. 170 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Recursos físicos - hospitalar - leitos de internação – Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2022 ago 26]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defohtm.exe?cnes/cnv/leintbr.def>
5. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: População residente - estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo 2000-2021 – Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2023 ago 25]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?popvs/cnv/popbr.def>
6. World Health Organization. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [citado 2023 jun 28]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157>
7. Borges F, Bernardino E, Stegani MM, Tonini NS. Performance of nurses in the bed management service of a teaching hospital. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):e20190349. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0349>
8. Australian Institute Of Health And Welfare. Australia's hospitals at a glance 2018–19. Cat. no. HSE 247 [Internet]. Canberra: AIHW; 2020 [citado 2023 jun 28]. Disponível em: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/c14c8e7f-70a3-4b00-918c-1f56d0bd9414/aihw-hse-247.pdf>
9. Associação Nacional de Hospitais Privados (BR). ANS: Informes sobre reinternação de pacientes [Internet]. Brasília: ANAHP; 2016 [citado 2023 ago 25]. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/noticias/>
10. Gallo VCL, Khalaf DK, Hammerschmidt KSA, Santiago ML, Vendruscolo C. Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa. *Rev Enferm UFSM.* 2021;11(79):e1-22. <https://doi.org/10.5902/2179769264383>
11. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.* 31. ed. São Paulo; Paz e Terra; 2019.
12. Gaio AVA, Rocha C, Sousa FM. Acesso aberto como ferramenta para o empoderamento do paciente. *Cadernos BAD* [Internet]. 2018 [citado 2022 set 25];1:e350-360. Disponível em: <https://brapci.inf.br/index.php/res/v/110117>
13. Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBI Manual for Evidence Synthesis* [Internet]. Adelaide: JBI; 2020 [citado 2023 jul 25]. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>
14. Cochrane Methods Bias. An introduction to Risk of bias 2 [Internet]. Denmark: The Cochrane Collaboration; 2021 [citado 2023 jun 25]. Disponível em: <https://methods.cochrane.org/risk-bias-2>
15. Cochrane Methods Bias. Risk Of Bias In Non-Randomized Studies - of Interventions (ROBINS-I) [Internet]. Denmark: The Cochrane Collaboration; 2023 [citado 2023 jun 20]. Disponível em: <https://methods.cochrane.org/bias/risk-bias-non-randomized-studies-interventions>
16. Schünemann HJ, Brożek J, Guyatt G, Oxman A. GRADE Handbook for quality grading of evidence and strength of recommendations [Internet]. [local desconhecido]: The GRADE Working Group; 2013 [citado 2022 jul 23]. Disponível em: <https://gdt.grade.org/app/handbook/handbook.html>
17. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, et al. Grade guidelines: 3. rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol* 2011;64:401–6. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.015>